

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921 — N° 93

LA SITUATION SOCIALE
DES
TUBERCULEUX RÉFORMÉS
et leur Indemnisation
d'après la loi des Pensions
(loi du 31 Mars 1919).

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 décembre 1920

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

MAURICE GAUCH

*Diplômé de médecine légale et de Psychiatrie
de l'Université de Lyon*

né à NIMES (Gard) le 11 Juillet 1893



NIMES

Imprimerie G. TEISSIER

27, Rue de l'Aspic

1920



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921 — N° 96

LA SITUATION SOCIALE
DES
TUBERCULEUX RÉFORMÉS

et leur Indemnisation
d'après la loi des Pensions
(loi du 31 Mars 1919).

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 décembre 1920

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

MAURICE GAUCH

*Diplômé de médecine légale et de Psychiatrie
de l'Université de Lyon*

né à NIMES (Gard) le 11 Juillet 1893



NIMES

Imprimerie G. TEISSIER

27, Rue de l'Aspic

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN
J. LEPINE. ASSESSEUR

Professeurs honoraires

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M)

Professeurs

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique.....		FABRE
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....		LEPINE (J)
Clinique des maladies des voies urinaires.....		WELL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		POLLOSSON (A)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.		LANNOIS
Chimie biologique.....		ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....		NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie.....		MOREL
Anatomie générale et Histologie.....		MOREAU
Physiologie.....		GUIART
Pathologie interne.....		LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales.....		POLICARD
Anatomie pathologique.....		DOYON
Médecine opératoire.....		COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....		MOURIQUAND
Médecine légale.....		PIAVOT
Hygiène.....		VILLARD
Thérapeutique.....		ARLOING (F)
Pharmacologie.....		ETIENNE MARTIN
		COURMONT (P)
		PIC
		FLORENCE

Professeurs adjoints

* Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN

Charges de Cours complémentaires

Chimie minérale.....	BARRAL
Accouchements.....	COMMANDEUR
Embryologie.....	HOVELACQUE
Anatomie topographique.....	PATEL
Botanique.....	BRETIN
Urologie.....	GAYET
Stomatologie.....	TELLIER

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMARD	DURoux	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAYRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargé des fonctions.
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. Et. MARTIN, *Président* : LEPINE, *Assesseur* ;
MM. CADE, et THÉVENOT Lucien, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*En témoignage de reconnaissance,
d'inaltérable et respectueuse
affection.*

A MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN

ANDRÉ GAUCH

Elève de l'Ecole Nationale Forestière

Sous-lieutenant au 165^e Régiment d'Infanterie

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MORT POUR LA FRANCE

A LA MÉMOIRE

de mes Amis et de mes Camarades

Tombés au Champ d'Honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE MARTIN
Professeur de Médecine légale

*Qu'il veuille bien accepter ici
avec nos remerciements
l'hommage de nos senti-
ments les plus respectueux.*

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

C'est sous la direction de M. le professeur Etienne Martin que ce travail a été élaboré. Nous le prions d'agréer l'expression de notre sincère reconnaissance pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner et l'enseignement fécond que nous avons reçu de lui, au cours d'une année d'études faites dans son laboratoire et sous sa direction.

Nous ne saurions oublier l'accueil aimable que nous a toujours réservé M. le docteur Mazel, chef des travaux pratiques de médecine légale à la Faculté, ni la part active qu'il a prise à notre formation médico-légale. Nous l'assurons de notre reconnaissance.

Nos remerciements vont également à M. le docteur Sondaz, ancien médecin-chef du C. S. R. de Lyon, médecin-expert au centre et près du Tribunal civil, qui a bien voulu mettre à notre disposition les documents qu'il détenait et les ressources d'une expérience avertie.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

La guerre a considérablement aggravé, en France, le péril tuberculeux. La mobilisation hâtive de toutes les forces vives du pays, l'invasion, les fatigues, les privations, l'exposition au froid et à l'humidité, le défaut d'hygiène, la promiscuité des tranchées, le surpeuplement des casernes sont les facteurs de cette aggravation.

S'il est vrai que quelques tuberculeux légers ont dû au bénéfice de la vie au grand air, de l'exercice, d'une alimentation meilleure et plus carnée, d'être sauvés du mal qui les guettait, il n'en demeure pas moins certain que la levée en masse à laquelle nous avons dû procéder et les fatigues excessives supportées par nos combattants ont abouti à l'exclusion de l'armée, pour cause de tuberculose, de plus de 110.000 mobilisés. Ce chiffre effrayant s'explique par la hâte avec laquelle nous avons dû recruter les masses à opposer à l'envahisseur, sans qu'il soit possible d'opérer, dans la foule des hommes qui répondaient à l'appel de mobilisation, la sélection nécessaire. L'Angleterre, l'Italie, les Etats-Unis, n'ont pas connu ces nécessités; leurs armées, moins promptes que la nôtre à se porter au-devant de l'ennemi, ont pu n'être constituées que d'individus choisis et parfaitement aptes au dur métier qui les attendait. Leur déchet tuberculeux n'en a pas moins été très important. En Angleterre, le nombre de soldats réformés pour tuberculose, au cours de la guerre, s'élève à 35.000 environ, et les pouvoirs publics se sont efforcés de venir en aide à ces malheureux, notamment par la création d'écoles de rééducation, surtout prévues sous forme de colonies agricoles.

En Italie, leur nombre qui atteignait, en 1914, le chiffre de 1.224, monte à 40.000 à la fin de 1919.

Le mal a donc dépassé, chez nous, toute l'ampleur qu'il a pu atteindre chez les autres belligérants. S'il est juste d'en attribuer l'étendue aux conditions particulières dans lesquelles nous avons dû faire la guerre, il convient aussi de ne pas nous en dissimuler les conséquences sociales.

Le rejet en bloc, hors de l'armée, de cette foule de tuberculeux déversée sur le pays sans préparation, sans éducation, sans ressources, crée, au point de vue social, un véritable danger dont nous nous proposons de montrer l'importance. Les phtisiologues et les hygiénistes ont vite aperçu le péril et, après l'avoir signalé, ont envisagé les moyens de le combattre. A ceux qu'elle a contaminés, la collectivité doit l'assistance que lui commande le plus élémentaire devoir de solidarité. Or, malgré les améliorations successives apportées à leur situation, ils sont encore légion tous ceux qui, tousseurs, cracheurs de bacilles, porteurs de lésions tuberculeuses osseuses ou rénales, attendent, à la fois incapables de gagner leur vie et de suivre le traitement qui leur conviendrait, que la société assure leur avenir et celui de leur famille.

Après avoir montré ce qu'est la situation sociale des réformés tuberculeux, nous nous efforcerons de rechercher dans quelle mesure la loi récente des pensions a apporté un adoucissement à leur sort misérable; nous envisagerons en dernier lieu ce qu'est l'avenir qui leur est réservé.

PREMIÈRE PARTIE

La situation sociale des Réformés tuberculeux

Elle est passée par deux phases successives jusqu'au jour où la loi des pensions a définitivement réglé le statut des invalides de la guerre.

*
* *

Dans une première période, nulle assistance ne leur a été offerte, et c'est la réforme n° 2 qui leur est systématiquement appliquée. Cette mesure se justifiait du fait que l'administration de la guerre, considérant la tuberculose comme une maladie éclosée à l'armée plutôt qu'inoculée, estimait ne pouvoir faire bénéficier les malades qui en étaient atteints de la réforme n° 1, réservée aux seules infirmités pour lesquelles on peut établir qu'elles sont certainement le fait du service commandé.

Ainsi, comprend-on que, sur les 90.000 hommes qui, du 2 août 1914 au 1^{er} octobre 1917, ont été renvoyés dans leurs foyers pour tuberculose, très peu, moins de 9.000 (1), aient obtenu la réforme n° 1. Sur ces 81.000 réformes n° 2, 69.000 avaient été prononcées avant le 1^{er} mars 1916, c'est-à-dire pendant les dix-huit premiers

(1) Déclaration du S-Secrétaire d'Etat du Service de Santé à la séance du Sénat du 16 décembre 1917.

mois de la guerre, alors qu'aucune mesure spéciale n'avait encore été prévue pour leur assistance. C'est le moment où le malade « congédié sans autre forme de procès, n'ayant droit à aucune pension, a pour unique ressource de s'en retourner mourir au pays natal » (Landouzy). Rendu à la vie civile, le soldat d'hier, glorieux combattant, n'est plus qu'un malade contagieux et un infirme.

C'est un contagieux. Les germes dont il revient porteur et que, par ignorance des choses de l'hygiène, il dispense avec prodigalité autour de lui, seront bientôt l'occasion de nouvelles contaminations. Au foyer, à l'atelier, au bureau, le semeur de bacilles fera toujours de nouvelles victimes.

Nous savons avec quelle fréquence les enfants doivent à des parents tuberculeux une première inoculation que la vie en commun, au milieu d'objets souillés, le même air respiré sous un même toit, souvent dans une même chambre, rendent en quelque sorte inévitable. M. le professeur Etienne Martin rapporte le cas de ce tuberculeux; qu'appelé à voir, il trouva en pleine poussée aiguë, immobilisé sur un lit qu'entouraient trois berceaux d'enfants ! Les faits de cet ordre sont multiples. Ils expliquent que se perpétue à travers les générations une maladie dont on n'apporte cependant point le germe en naissant. On sait aujourd'hui que la tuberculose n'est pas héréditaire; elle est acquise, même chez les descendants de tuberculeux, par des séries d'inoculations successives.

Que dire de la contagion conjugale ? Dans l'étude qu'il en a faite, Mosny en indique l'importance, qui est

énorme (32,6 % des cas). Il n'est pas jusqu'aux maisons elles-mêmes qui, souillées de produits tuberculeux et jamais désinfectées, ne se chargent de transmettre aux familles saines qui viendront les habiter ultérieurement les germes qui perpétueront le mal.

Hors de chez lui, à l'atelier et au bureau, le tuberculeux est aussi, pour ses compagnons de travail, un danger permanent. Dans le coudoiement continu de la journée d'usine, dans la promiscuité de la salle surpeuplée des secrétaires, expéditionnaires, employés, les voisins des tuberculeux ont maintes fois, tous les jours, l'occasion d'une contagion que facilite la dispersion des bacilles que le malheureux sème autour de lui. Qu'elle soit directe ou indirecte, qu'elle se fasse par les poussières bacillifères, par les objets souillés que l'on se passe de mains en mains, par les particules salivaires que le malade projette en parlant, la contagion est effroyable. Il existe certains ateliers, dit Rénon, où tous les ouvriers, au bout d'un certain temps, meurent de tuberculose. Il en va de même dans les bureaux. Et l'auteur cite l'exemple des employés de la municipalité de Karkov, qui mouraient tous tuberculeux. Dans l'enquête qui fut faite, on découvrit qu'un employé, tuberculeux avancé, mouillait avec sa salive toutes les pages des documents qu'il tournait; les archives fourmillaient de bacilles de Koch, et les gens qui les ouvraient et les consultaient furent presque tous infectés.

Le tuberculeux réformé est aussi un infirme. Certains, cavitaires avancés, cachectiques à la dernière période, sont incapables de se refaire, par le travail, une existence et des ressources. A ceux-là, il ne reste d'autre es-

pérance que d'attendre sur leur grabat, ou, pour les plus heureux, dans le lit de l'hôpital qui les aura recueillis, la fin d'une existence misérable. Pour les autres, ceux dont la validité restante et les forces délabrées permettent encore quelque effort, il faut, pour vivre et assurer le pain de la famille, rechercher immédiatement de l'embauche. Pour quelque temps encore, les salaires qu'ils rapportent vont leur permettre de subsister; mais pour avoir retardé l'heure de la misère, ils n'en sont pas moins condamnés à la subir. Au moment où le malade aurait besoin de repos, le travail qu'il s'impose diminue sa capacité de résistance, et la maladie, inévitablement, progresse. Bientôt, c'est la diminution des salaires, puis, avec l'arrêt forcé, leur disparition; c'est l'hôpital. La famille, sans ressources et ses membres déjà touchés par la contagion, offre à son tour au bacille un terrain d'ensemencement et de développement excessivement favorable. « Née du paupérisme et de la mauvaise hygiène, la tuberculose conduit au paupérisme et à la mauvaise hygiène. C'est un cycle terrible. » (J. Courmont.)

Tous d'ailleurs ne trouvent pas le travail qu'ils recherchent. Pour plus d'un, la tare dont ils sont marqués et qui a justifié la réforme, entrave l'effort qu'ils tentent pour se refaire une vie. Averti par les conférences, les campagnes de la grande presse, tout l'appareil de la lutte antituberculeuse, du danger de contagion que de pareils malades portent en eux, le public fuit les tuberculeux et, pour les rendre inoffensifs, s'efforce à perdre tout contact avec eux. D'où leur énucléation progressive de tous les milieux où ils pouvaient espérer se

refaire une place. Après l'armée, d'où ils ont été exclus, voici que devant eux se ferment les portes des grandes administrations, dont les médecins leur interdisent l'entrée et celle des foyers domestiques où on ne saurait admettre des serviteurs tuberculeux. C'est (1) un honnête ouvrier renvoyé de l'hôtel qu'il habite parce que le logeur a appris qu'il faisait un séjour à Angicourt; c'est un domestique qui déclare qu'il ne peut plus revenir au dispensaire parce que, si ses patrons le savaient, il perdrait sa place; ce sont ces pétitions, adressées par les malades sortant d'Angicourt, à la commission permanente de préservation contre la tuberculose, pour demander qu'on s'occupe d'eux, déclarant qu'ils sont marqués d'une tare indélébile et qu'ils ne peuvent trouver de travail nulle part.

Chassé de partout, objet d'épouvante d'une société trop avertie, que va devenir le malheureux réformé ? A ce moment, la collectivité qui l'a contagionné n'a encore rien fait pour le recueillir et le soigner. De sorte que, malade, sans travail, parfois sans pain, conscient de sa déchéance sociale, il est condamné à végéter jusqu'au jour où une poussée nouvelle de son mal l'amènera à l'hôpital terminer sa misérable existence, en lui fournissant peut-être une dernière fois l'occasion de contaminer ses voisins.

*
* *

Une situation si précaire, avec les dangers qu'elle comportait, appelait des solutions immédiates, et dans

(1) Ces cas ont été observés au dispensaire de l'hôpital Baujeon par Albert Robin et rapportés par lui à l'Académie de médecine dans la discussion sur la déclaration obligatoire de la Tuberculose (1906),

la deuxième période de la guerre, on s'efforce, par des mesures appropriées, de remédier à ces maux. Quelques esprits avertis avaient signalé le péril. Dès 1915, Landouzy attirait l'attention sur la situation sociale des tuberculeux réformés, pour lesquels il réclamait un sort meilleur, plus de justice aux regards de l'armée et de la société. « Il n'est ni juste en morale sociale, écrivait-il, ni équitable en droit, ni de bonne politique sanitaire, que les réformés cessant de lui appartenir, l'administration de la guerre continue à se désintéresser pareillement de toutes les catégories de tuberculeux ». Léon Bourgeois mène la lutte aux côtés de Landouzy, en faveur des tuberculeux réformés. Ces voix, si autorisées, ne restent pas sans écho. Les autorités publiques s'émeuvent du péril dévoilé. Le 2 avril 1915, la Chambre vote la proposition suivante. :

« La Chambre invite le Gouvernement à prendre les mesures nécessaires pour qu'avant leur renvoi dans leurs foyers, les militaires susceptibles d'être réformés en tant que semeurs de germes, c'est-à-dire atteints de localisations tuberculeuses ouvertes (principalement de localisations tuberculeuses de l'appareil respiratoire) reçoivent des soins suffisants, d'abord pour parer aux accidents immédiats de leur maladie et ensuite pour leur donner une éducation antituberculeuse assurant la sécurité de leur famille. »

De ce jour date l'action officielle antituberculeuse. Elle allait se manifester de façon concrète par une série de mesures visant l'éducation des malades avant la réforme et leur protection après libération.

C'est alors que sont créées les *stations sanitaires* (1),

(1) Circulaire Ministre de l'Intérieur - 16 Avril 1915.

établissements non point de cure, mais d'éducation sanitaire, où les militaires tuberculeux passent les trois derniers mois qui précèdent leur réforme. Peu après s'organisent les *Hôpitaux sanitaires régionaux* (1), où les tuberculeux curables doivent être traités avant leur admission dans les stations sanitaires.

L'œuvre n'eût pas été complète si le militaire tuberculeux, au sortir de la station sanitaire, avait été livré à lui-même. L'abandonner à ce moment, c'eût été risquer de rendre vaine l'œuvre entreprise de préservation sociale. Il fallait au contraire que, retournant au milieu des siens, le réformé y soit suivi, conseillé, assisté. C'est le but que se proposèrent les *Comités d'assistance aux anciens militaires tuberculeux* (2). Ils devaient les suivre, compléter leur éducation, s'assurer qu'ils en profitaient, veiller sur la santé des leurs, faire en sorte qu'ils reçoivent régulièrement l'aide, les secours et les soins nécessaires. C'étaient, en un mot, des dispensaires créés pour faire face à une situation urgente et menaçante, en attendant l'installation des dispensaires prévus par la loi du 15 août 1916.

Pendant que s'organise cette œuvre d'assistance et de préservation sociale, la jurisprudence évolue dans le sens d'une compréhension plus large du droit à réparation que crée au tuberculeux, sous l'influence des fatigues et des privations qui lui sont imposées, l'aggravation de sa maladie. Et après l'avoir aidé de secours médicaux et matériels, on s'occupe de l'indemnisation de son invalidité. Il était apparu, en effet, que le caractère exceptionnel de la campagne ne permettait plus de

(1) Circulaire ministre guerre - 31 janvier 1916.

(2) Institués par Circ. Ministre intérieur du 21 mars 1916.

s'en tenir aux rigueurs de la loi de 1831, qui n'indemnifiait que l'origine directe, en dehors de toute prédisposition constitutionnelle, obligeant le malade à faire la preuve de cette origine. Or, il était extrêmement difficile, juridiquement et médicalement, à un tuberculeux, de fournir une pareille preuve. La maladie ne préexistait-elle pas à l'incorporation ? Une statistique du médecin-inspecteur Lemoine, citée par Landouzy, établit que 24,5 % des hommes du contingent arrivent au régiment avec des antécédents personnels et héréditaires, et que, parmi les hommes de ce groupe, la tuberculose se développe 68,2 fois sur 100.

Il fallait donc des dispositions nouvelles pour permettre à ces malades de voir compensée l'aggravation produite dans leur état du fait de la guerre. Dès le 15 octobre 1916, se conformant au sentiment que la Chambre avait exprimé dans une précédente séance (1), au sujet des allocations à donner aux réformés n° 2, le sous-secrétaire d'Etat du Service de Santé édictait les règles qui allaient servir de base d'appréciation pour l'indemnisation de la tuberculose. On admit depuis :

1° Le droit à la gratification pour tous les cas où il y a eu aggravation;

2° L'équivalence du droit pour les contractés ou les aggravés;

3° Dans les cas douteux, la présomption d'aggravation peut être tirée du fait d'un séjour de plus de deux mois aux armées, dans une arme combattante ou aux tranchées.

L'évaluation du *degré de l'incapacité* et du *taux cor-*

(1) Chambre des Députés - Séance du 18 Septembre 1916.

respondant d'indemnisation fut tout d'abord sujette à d'assez notables divergences d'appréciation. L'échelle de gravité de 1887 rangeait dans la 5^e classe des infirmités prévues par ce barème la tuberculose des organes respiratoires : larynx, poumons, plèvres; — ou des organes digestifs : intestins, péritoine, viscères (n° 30); les tuberculoses osseuses : mal de Pott (n° 40); articulaires, les suites de pleurésie ou d'empyème (fistule persistante ou rétraction considérable du thorax (n° 26); — ce qui correspondait, pour une invalidité de 60 %, à une pension annuelle de 600 francs pour le simple soldat.

Dès le début de la guerre, le système ayant paru insuffisant, un décret, en date du 24 mars 1915, créait une échelle plus rationnelle d'invalidité et de tarifs pécuniaires. Les huit classes qu'elle comportait permettaient à l'expert, par analogie avec l'évaluation d'invalidités résultant d'accidents du travail, de fixer un pourcentage de diminution fonctionnelle auquel correspondait une indemnisation variable suivant le taux de l'invalidité. D'où, pour le tuberculeux, la possibilité d'être indemnisé différemment, suivant le degré des lésions. Mais en raison des difficultés d'appréciation de l'invalidité réelle, des flottements se produisirent dans les divers centres qui, s'inspirant de principes ou de conceptions différentes, procédaient un peu au jugé, et, parce qu'ils manquaient d'unité de doctrine, donnèrent, suivant les centres, à des cas identiques, des solutions différentes.

Pour remédier à ces divergences d'appréciation, une instruction de la Commission consultative médicale (1) prescrivit d'établir ainsi le quantum d'invalidité : Il était

(1) Instruction de la C. C. M., n° 1.006 du 8 Août 1918.

attribué à chaque symptôme relevé un certain nombre de points : présence de bacilles, 25 % ; lésion pulmonaires, coefficient différent suivant leur étendue et leur formule anatomo-pathologique ; courbe thermique ; amaigrissement ; complications. Le total des points donne le pourcentage d'invalidité. C'était ramener à une opération arithmétique l'évaluation du dommage subi. Dans sa simplicité, ce mode d'appréciation pouvait conduire à de grosses erreurs. C'en était une déjà, ainsi que nous le verrons plus loin, de vouloir proportionner l'invalidité d'un tuberculeux au degré ou à l'étendue des lésions qu'il présente, à la présence ou à l'absence de bacilles dans ses crachats.

Il convient toutefois d'ajouter que la C. C. M., en donnant ces directives, laissait à l'expert, si son examen le conduisait à des conclusions différentes de celles auxquelles il arrivait par le calcul du pourcentage, la possibilité de formuler l'évaluation que, dans sa conscience, il jugeait équitable.

C'est là qu'on en était quand fut promulguée, le 31 mars 1919, la loi nouvelle des pensions qui, consacrant quelques-uns de ces principes, en admettant de nouveaux, fixait le droit des tuberculeux et allait faire entrer dans une phase nouvelle l'indemnisation de ces invalides.

Mais que de chemin avait été parcouru déjà depuis qu'en 1915 Landouzy représentait le tuberculeux comme n'ayant d'autre ressource que de s'en retourner mourir au pays natal. En lui apprenant à se soigner et à préserver les siens, en l'admettant à bénéficier, comme ses camarades blessés de guerre, d'une indemnité en rapport avec son degré d'invalidité constatée, on est entré dans

la voie de la justice, on a fait un effort pour améliorer le sort misérable de malheureuses victimes.

Mais il faut bien reconnaître qu'en définitive on n'a pas modifié de façon satisfaisante la situation du tuberculeux. La gratification qu'il reçoit est insuffisante. La nécessité où il se trouve de travailler pour vivre ne peut que précipiter l'évolution de sa maladie vers la mort. Il reste d'ailleurs toujours sous la menace de voir la tare dont il est marqué amener son employeur à le frapper d'une exclusion inique sans doute au point de vue social, mais médicalement et scientifiquement juste.

Devant l'impossibilité d'occuper les tuberculeux contagieux, apparaît pour la société l'obligation d'assurer l'avenir du malade et son traitement, de préserver, en s'attaquant aux sources mêmes du mal, la famille et la société.

La loi des pensions du 31 mars 1919 permet-elle de répondre à toutes ces nécessités ?

DEUXIÈME PARTIE

La pension des Tuberculeux

La loi du 31 mars 1919 a codifié les règles à suivre dans l'indemnisation des victimes militaires de la guerre. Devant l'insuffisance de la loi de 1831, le gouvernement avait, dès novembre 1915, déposé un projet de loi tendant à modifier notre législation des pensions. La loi nouvelle, quelque peu différente du projet primitif, frappée à la marque des temps nouveaux d'un libéralisme peut-être exagéré, tenait compte de l'évolution des idées; notamment en ce qui concerne la tuberculose, en ratifiant les principes précédemment admis, elle permettait une plus large indemnisation. Quand on lit le compte rendu des séances des Chambres où la loi nouvelle était élaborée et discutée, on se rend compte des préoccupations qu'imposait aux législateurs la question de la tuberculose militaire, qui a inspiré quelques unes des dispositions de la loi.

Après avoir brièvement rappelé les grands principes généraux qui ont été inscrits dans la loi, en tant qu'ils se rapportent à l'indemnisation de la tuberculose de guerre et servent de base à l'expertise médico-légale, nous essaierons d'en discuter les résultats. Nous verrons ensuite et apprécierons les modifications apportées par le décret du 17 octobre 1919 dans l'établissement de la pension des tuberculeux,

I.- La loi des pensions

Elle débute par une déclaration de principe proclamant le droit à réparation des infirmités résultant de la guerre; il ne doit plus s'agir de gratifications ayant un caractère d'assistance ou de bienfaisance, mais d'une réparation, c'est-à-dire de la compensation d'un dommage. Il s'en suit que tout dommage sera indemnisé, et c'est pourquoi ouvrent droit à pension, en dehors des blessures, toutes les infirmités causées ou aggravées par le fait ou à l'occasion du service. Ainsi la maladie devient source de réparation aussi largement que la blessure. La notion d'aggravation, déjà admise par une jurisprudence antérieure, est définitivement adoptée. Les « prédispositions constitutionnelles », dont la loi de 1831 autorisait la prise en considération, ne sont plus désormais un obstacle à l'indemnisation de la maladie. Il est admis que le taux de cette indemnité sera calculé de façon telle qu'elle répare avec le plus de justice possible le dommage subi et compense, en dehors de toute autre considération, l'invalidité vraie, médicalement mesurée. Pour permettre au malade un accès plus facile au droit à pension, le législateur a inscrit dans la loi le principe de la présomption légale d'origine de l'infirmité avec renversement du fardeau de la preuve, qui passe désormais à la charge de l'Etat : toute maladie constatée chez un militaire dans certaines conditions de temps, soit pendant l'incorporation, soit dans les six mois qui ont suivi la libération, est présumée, sauf preuve contraire à fournir par le commandement, être la conséquence du service, par conséquent mériter réparation. L'article 9 établit l'expertise contradictoire : le malade ou le blessé

ont le droit, lors des examens médicaux qu'ils subissent en vue de l'obtention de la pension, de se faire assister d'un médecin civil, dont l'avis est consigné au procès-verbal. Quant à la pension, elle est temporaire si l'infirmité est curable, ou définitive quand on juge que l'état du pensionné est devenu lui-même définitif. Cependant la loi prévoit la possibilité d'une révision. Elle est automatique pour les pensions temporaires, concédées pour deux années; mais sans attendre l'expiration de cette période, le pensionné peut, en cas d'aggravation, demander une révision immédiate. Toutefois, dans un délai maximum de quatre ans, la situation du pensionné temporaire doit être définitivement fixée, soit par la suppression de toute pension, soit par la conversion de la pension temporaire en pension définitive. La révision peut aussi être demandée par les titulaires d'une pension définitive dans les cinq ans qui ont suivi sa concession.

Il est en outre admis que l'Etat assurera le traitement de toutes les séquelles de blessures ou maladies contractées aux armées, et devra, leur vie durant, aux bénéficiaires de la présente loi, les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques. C'est l'article 64 qui, en ce qui concerne les tuberculeux, est susceptible de recevoir la plus large interprétation.

Notons enfin que la loi des pensions de 1919 modifie seulement, mais n'abrège pas toute la législation antérieure :

« Art. 2. — Les lois et décrets en vigueur sur les pensions militaires de la guerre et de la marine et sur les gratifications de réforme sont *modifiés* conformément aux articles suivants... »

Il en résulte que lorsque l'évaluation donnée par le barème de 1919 sera inférieure aux appréciations des barèmes résultant des lois et règlements antérieurs, ces derniers seront appliqués. (Art. 65.)

Ce sont là les idées générales qui doivent servir de base à l'expert pour la détermination du droit à pension et l'évaluation du taux de l'indemnisation. Pour les tuberculeux qui y sont soumis, l'expertise doit :

- 1° Etablir la nature tuberculeuse de l'affection;
- 2° Evaluer l'étendue des lésions et leur gravité;
- 3° Fixer le taux de l'invalidité correspondante, sur lequel se basera la Commission pour statuer.

Pour l'aider dans son évaluation, le médecin-expert se reportera aux diverses instructions que la C. C. M. a fait paraître, dans le but d'établir une unité de doctrine, et aux chapitres du guide-barème prévu pour l'application de la loi, où la tuberculose, dans ses diverses manifestations, figure ainsi qu'il est indiqué au tableau ci-contre (p. 22).

Il reste d'ailleurs bien entendu que ce barème n'est qu'un guide auquel les médecins peuvent se référer, mais qui ne saurait lier l'expert. Celui-ci reste, dans sa conscience, le seul arbitre du taux d'invalidité à proposer.

*
* *

Nous venons d'exposer les principales dispositions de la loi applicables aux tuberculeux et d'indiquer sur quelle base se fait l'évaluation de leur invalidité.

Que faut-il en penser ? Si, comme nous allons le voir, la loi nouvelle est, par plus d'un côté, déficiente en ce qui concerne plus spécialement l'indemnisation de la tuberculose de guerre, elle a eu du moins ce résultat d'introduire dans notre législation des pensions des prin-

Degré et localisation de la lésion tuberculeuse	Guide-Barème de 1919	Guide-Barème de 1915	Echelle de gravité de 1887
1° Tuberculose pulmonaire			
a) cas légers.....	10-30 %	40-60 %	5 ^e classe, n° 30 par équivalence 65 %
b) cas moyens.....	30-70 %		
c) cas avancés..... (tub. cavitaires)	70-90 %		
2° Péritonite tuberculeuse.....	30-70 %	70 %	5 ^e classe, n° 30 par équivalence 65 %
3° Tuberculose urinaire			
a) Rénale			
a' - unilatérale.....	50 %		5 ^e classe 65 %
a'' - bilatérale			
(suit la gravité de l'état vésical)	60-80 %		
b) Vésicale cystite tuberculeuse sans tu- berculose rénale.....	20-30 %		
4° Tuberculose epididymo-tes- ticulaire			
unilatérale.....	10-15 %		
bilatérale.....	20-40 %		
5° Tuberculose vertébrale, mal de Pott			
a) sans abcès par congestion.	30-40 %		
b) avec abcès par congestion et déformation sans lésions médullaires.....	50-70 %	60-70 %	5 ^e classe n° 40 par équivalence 65 %
c) avec lésions médullaires (v. paraplégie : 30 à 100 % complète ou non.)			suit qu'elle est
6° Osteites tuberculeuses			
ostéite fistuleuse, sans lésion articulaire			
(suivant le siège et l'étendue).	20-40 %		6 ^e classe n° 48 par équivalence 60 %
7° Tuberculose du larynx			
a) voix voilée (forme catar- rhale suspecte).....	20 %		
Spécificité avérée :			
b) aphonie avec lésions limi- tées aux cordes.....	50 %		
c) dysphagie.....	90 %		5 ^e classe n° 30 par équivalence 65 %
d) dyspnée, sténose, traché- otomie.....	100 %		

cipes dont le monde de la phtisiologie réclamait depuis longtemps l'application. Elle a consacré le droit à réparation des tuberculeux. Sa légitimité est indéniable. Sans doute, la tuberculose éclot dans l'armée plus souvent qu'elle n'y est contractée, et, dans bien des cas, la vie militaire n'a été que l'occasion de réactivation d'une affection de l'enfance; sans doute, dans la vie civile, ces tuberculeux en puissance auraient été soumis aux mêmes causes d'aggravation ou peut-être à des pires, et l'on a eu quelque peu raison de mettre en garde contre un certain sentimentalisme tuberculeux. Mais que l'infection ait été ou non préexistante, il n'en est pas moins vrai que c'est aux fatigues du service pour les tuberculoses d'éclosion, à ses dangers pour les tuberculoses d'inoculation, que le malade doit son invalidité; et, pour ceux qui, précédemment atteints, n'auraient jamais dû être incorporés, les erreurs manifestes et fréquentes de la récupération n'ont-elles pas créé des droits à une juste réparation ?

La preuve d'origine de la maladie était autrefois, pour les tuberculeux, singulièrement difficile à établir. En raison même des concepts pathogéniques modernes, qui font de la tuberculose de l'adulte une réactivation de la tuberculose de l'enfant, on pouvait, dans la plupart des cas, objecter aux malades que leur maladie préexistait, au moins à l'état latent, à leur incorporation. Pour leur donner la possibilité d'être indemnisés, il a fallu admettre le double principe de la présomption légale d'origine et du droit à pension tiré de l'aggravation.

En ce qui concerne le taux de l'indemnisation, la loi nouvelle a relevé le tarif des indemnités accordées.

On peut enfin espérer qu'en mettant à la charge de l'Etat les secours à fournir aux tuberculeux exclus de l'armée, l'administration de la guerre, qui en est responsable, apportera dans la sélection du contingent un plus juste souci, des intérêts de chacun et évitera désormais d'incorporer des jeunes gens qui ne passent à la caserne que pour entrer à l'hôpital et être réformés ensuite.

Les tuberculeux sont donc appelés à retirer de l'application de cette loi des avantages certains. Quels sont ses défauts ?

Nous ne nous attarderons pas à rechercher ce qu'elle peut avoir d'exagéré dans sa conception et son application. Faite, en des temps héroïques, pour des combattants auxquels les Chambres ne se lassaient pas de témoigner la juste reconnaissance du pays, la loi de 1919, trop libérale par certains côtés, a dépassé le but qu'il paraissait logique de lui proposer. Il ressort de certaines de ses dispositions, sur l'aggravation et la présomption légale notamment, l'ouverture du droit à pension pour quantité de maladies chroniques, préexistant à l'incorporation, mais compatibles avec elle, dès que l'invalidité peut être évaluée à 10 pour 100. Or, bien peu nombreux sont les mobilisés qui, après quatre années d'une dure campagne, ne peuvent invoquer une dépréciation physique de 10 pour 100. On voit le double inconvénient, moral et financier, qui en résulte : moral, puisque, par ce moyen sont indemnisées quantité de petites infirmités qui ne sauraient à bon droit être imputées à la guerre; financier, parce que cette générosité mal comprise entraîne de lourdes dépenses d'un argent qui eût été plus utilement employé ailleurs.

Ces réserves faites, nous ne nous occuperons des déficiences de la loi qu'en tant qu'elle vise la réparation des dommages causés aux tuberculeux de la guerre.

Elles sont de trois ordres :

1° On peut tout d'abord regretter que le législateur ait cru pouvoir assimiler la tuberculose, dans ses formes chroniques, à évolution lente et entrecoupée de retours offensifs, aux infirmités résultant d'une blessure ou d'une maladie guérie. La pension qui est octroyée aux porteurs de ces invalidités n'est très justement évaluée qu'après consolidation et lorsque leur état est devenu définitif. Mais en ce qui concerne la tuberculose qui procède par poussées, dont l'évolution et la nature sont si particulières, il n'est pas possible d'établir, à un moment donné, d'une façon *définitive*, un pourcentage rationnel et scientifique de l'invalidité que commandent les lésions. Tel tuberculeux qui, après un petit épisode évolutif de début, est présenté devant la commission avec des lésions peu étendues, un état général encore peu touché, des signes cliniques peu marqués, recevra une faible indemnité, alors que, quelques mois après sa réforme, sous l'influence du travail qu'il aura repris, des mauvaises conditions hygiéniques où il se sera placé, il présentera, obligatoirement astreint à un repos absolu, une invalidité de 100 %. Inversement, le tuberculeux avancé que des examens physiques, radioscopiques, bactériologiques montrent porteur de grosses lésions, verra le pourcentage de son invalidité très largement évalué, quoique ses lésions puissent ultérieurement, sinon évoluer vers la sclérose cicatricielle, du moins subir dans leur progression un temps d'arrêt l'assurant d'une validité partiellement con-

servée. En d'autres termes, nous pensons qu'il n'est pas possible à une commission de réforme de faire d'une façon définitive le pronostic de l'affection qui amène le tuberculeux devant elle, et que c'est une erreur médicale de vouloir évaluer le dommage que cause une maladie non consolidée, toujours capable de s'aggraver ou, au contraire, de s'améliorer.

On peut certes objecter que la loi, pour parer à ces causes d'erreur, a admis la possibilité d'accorder à ces malades des pensions temporaires avec révision automatique au bout de deux ans; et même la possibilité, si une complication nouvelle ou une aggravation le nécessitent, d'une révision immédiate, sans qu'il soit nécessaire d'attendre l'expiration de la période biennale. Sans doute, mais dans le même article 7, il est spécifié que, « dans un délai maximum de quatre ans, la situation du pensionné temporaire doit être définitivement fixée, soit par la conversion de la pension temporaire en pension définitive, soit par la suppression de toute pension ». Or, comme nous le disions plus haut, la tuberculose pulmonaire chronique est une maladie à longue évolution, susceptible, dans un avenir éloigné, d'amélioration comme d'aggravation, et la détermination définitive de la pension après quatre ans ne saurait lui être applicable.

Cette même observation s'applique également aux tuberculoses ostéo-articulaires, à la tuberculose rénale, etc.

Notons, cependant, qu'en vertu de l'article 68, une nouvelle période de cinq années est accordée au titulaire d'une pension définitive pour faire valoir ses droits à la révision, si le taux de l'invalidité s'est accru de 10 % au moins depuis l'époque de la concession de la pension.

Cela fait, en somme, neuf années pendant lesquelles le tuberculeux pourra faire constater, s'il y a lieu, l'aggravation de son état. Mais qu'il s'améliore, au contraire, l'Etat, passée la quatrième année, perd tous ses droits, et nombre de tuberculeux — ceci est vrai surtout pour les chirurgicaux (empyèmes guéris, maux de Pott, arthrites bacillaires, tuberculoses rénales), mais s'applique également aux pulmonaires — continueront à recevoir indûment une pension à laquelle, de par leur état actuel, ils n'ont plus droit.

2° Les considérations qui précèdent nous amènent à formuler la deuxième objection. Nous venons de voir ce qu'il y avait d'erreur possible dans l'évaluation d'une incapacité avant que la consolidation ne soit faite. Mais en fait de tuberculose, c'est également une erreur de vouloir proportionner l'invalidité au degré des lésions. Ce qui commande le taux de l'invalidité, c'est celui de la validité restante. Quand un blessé a 50 % d'invalidité, cela veut dire qu'il a 50 % de sa validité totale de travail qui restent intacts et qu'il peut utiliser au mieux de ses intérêts. De même ici, c'est la mesure du travail qu'il peut encore fournir, c'est ce qu'il reste au tuberculeux de capacité ouvrière qui déterminent son invalidité. Le plus généralement, c'est l'état évolutif des lésions, ce n'est pas la présence ou l'absence de bacilles, l'étendue ou le degré des lésions qui doivent entrer en ligne de compte dans le calcul du pourcentage. « Une lésion cavitaire, dit Dumarest, bien tolérée, peut être compatible avec une excellente capacité de travail; inversement, un tuberculeux au début, avec lésions peu accusées, mais extensives, peut nécessiter un repos complet, et par conséquent justifier un fort pourcentage ».

Mais l'état évolutif ne saurait être un critérium infail-
lible, puisque, de même « une tuberculose fibreuse, fer-
mée, inactive, peut s'accompagner d'emphysème étendu,
de dilatation du cœur, de dyspnée d'effort intense et cons-
tituer, en dépit de l'arrêt évolutif apparent de la maladie
causale, une condition d'incapacité au travail presque
absolue ».

3° On peut enfin faire des réserves sur le taux de la pen-
sion que la loi de 1919 met à la disposition des tubercu-
leux. Leur invalidité étant calculée de 10 à 100 %, sui-
vant la gravité des lésions constatées, seuls ceux qui ar-
rivent à une période avancée de leur maladie peuvent bé-
néficier du taux le plus élevé, soit 2.400 francs. Mais
c'est là une pension d'extrême onction ! La tuberculose
ouverte à son début correspond à 30 % d'invalidité, pour
une pension de 720 francs. C'est dire qu'elle ne saurait
modifier la situation sociale du tuberculeux, telle que
nous l'avons décrite, où nous avons montré le malade,
sans ressources, dans l'obligation de travailler pour vi-
vre et la nécessité d'aggraver son mal.

La loi, d'autre part, ne prévoit rien de spécial con-
cernant le traitement des tuberculeux. Sans doute, l'ar-
ticle 64 lui reconnaît, comme aux autres victimes de la
guerre, la gratuité des soins médicaux, chirurgicaux et
pharmaceutiques, et la possibilité de l'hospitalisation, si
elle est reconnue nécessaire. Mais, ici encore, la tubercu-
lose ne saurait être assimilée aux autres infirmités ré-
sultant de blessures et de maladies. Ce qu'il faut au tu-
berculeux, c'est moins des médicaments qu'une bonne
hygiène et une bonne alimentation. Ce qu'il lui faut aussi,
c'est quelquefois le repos complet et toujours une disci-
pline de traitement qu'il ne trouve ni à domicile, ni dans

les hôpitaux qu'on lui offre. Et c'est pourquoi, rien n'étant prévu pour le recevoir s'il ne peut travailler, ou pour lui procurer un travail compatible avec son état physique s'il est encore capable d'un effort soutenu, la pension qui lui est faite est insuffisante à apporter une solution au problème social qu'a posé sa réforme.

C'est pour parer à ce dernier inconvénient que sept mois après la promulgation de la loi paraissait le décret du 17 octobre 1919.

II. - Le décret du 17 Octobre 1919

Ce décret est issu des délibérations d'une Commission (1) spécialement réunie pour étudier les conditions d'indemnisation faites par la loi des pensions aux militaires ou anciens militaires tuberculeux. Son but est nettement défini dans l'exposé des motifs : « Il a été démontré que ces conditions ne répondaient pas d'une manière suffisante aux nécessités impérieuses du traitement rationnel de cette grave maladie. Il est en effet universellement reconnu que les éléments essentiels du traitement de la tuberculose, et en particulier de la tuberculose pulmonaire, résident dans la suralimentation et le repos complet. Il résulte de ce deuxième facteur qu'un tuberculeux doit être équitablement considéré comme présentant, au moins temporairement, une invalidité totale; sinon on lui enlève la possibilité de réaliser ce repos sans lequel tout espoir de guérison doit lui être ravi ».

Pour répondre à ces « nécessités impérieuses », le décret spécifiait :

(1) Cette Commission, était composée de MM. Léon Bernard, Bezançon, Crouzon, Langlois, Rist, Sergent, Vallat, sous la présidence de M. L. Mourier, Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé,

« Art. 1^{er}. — Par modification au guide-barème annexé au décret du 29 mai 1919 et en vue d'assurer par le repos et les soins indispensables, le traitement de la tuberculose pulmonaire confirmée, l'évaluation de cette maladie sera, quel qu'en soit le degré de gravité, portée à 100 %, avec pension temporaire ou définitive, dans les conditions prévues à l'article 7 de la loi du 31 mars 1919. Cette évaluation est essentiellement subordonnée à la confirmation indiscutable de la nature tuberculeuse des lésions constatées et de leurs caractères d'activité. En l'espèce, on considérera comme tuberculose confirmée celle caractérisée à la fois par des signes cliniques certains et par la présence du bacille tuberculeux.

« Art. 2. — En ce qui concerne les autres localisations de la tuberculose, les évaluations prévues dans les divers guides-barèmes pourront être majorées suivant l'importance des lésions, mais seulement après examen supplémentaire approfondi d'un spécialiste qualifié (médecin ou chirurgien, selon les cas), démontrant la nature tuberculeuse de ces lésions, la gravité de leur évolution et la nécessité du repos. »

Ce décret fut, peu après, suivi d'une instruction (1) fixant de manière définitive les règles à suivre désormais dans l'appréciation de l'invalidité résultant de la tuberculose. En ce qui concerne la tuberculose pulmonaire, elle distinguait :

1° Les cas non douteux (tuberculose ouverte), où la nature des lésions était caractérisée à la fois :

a) par des signes cliniques certains de lésions en activité;

b) par la présence du bacille de Koch dans les crachats; et donnait lieu à une évaluation systématique de 100 %;

2° Les autres cas où, par suite de défaut momentané ou d'insuffisance d'un de ces deux éléments d'appréciation : signes cliniques et signes bactériologiques, la certitude absolue n'est pas acquise. Ces cas doivent être

(1) Instruction 834 C i du 21 Octobre 1919,

soumis à l'observation d'un médecin phthisiologue. A la suite d'une observation aussi prolongée qu'il sera nécessaire et après mise en œuvre des divers moyens d'investigation scientifiquement reconnus : épreuves cliniques variées, examens radiologiques, inoculation expérimentale, le cas pourra être ramené à la formule des cas non douteux où les signes cliniques certains des lésions en activité concordent avec des résultats bactériologiques positifs. L'estimation sera par suite portée à 100 %.

En ce qui concerne les autres localisations tuberculeuses, les taux d'évaluation prévus aux divers barèmes pourront être également majorés proportionnellement à la gravité des lésions et par suite se rapprocher, le cas échéant, de l'invalidité absolue et même y atteindre, mais sous la réserve suivante :

Dans tous les cas, il sera procédé à un examen approfondi par un spécialiste qualifié qui fixera la nature tuberculeuse, la gravité, le caractère d'activité des lésions ainsi que la nécessité du repos à la suite d'une observation et d'une étude aussi approfondies que possible.

Il reste entendu (1) qu'au cas où, à la suite de ces examens spéciaux :

1° La tuberculose pulmonaire ne serait pas reconnue présenter les caractères essentiels ci-dessus décrits pour donner droit au taux de 100 %;

2° Les autres tuberculoses ne seraient pas considérées comme réalisant les conditions également fixées pour avoir droit à une majoration;

les évaluations prévues aux divers barèmes et correspondant à la gravité des lésions, continueront à être appliquées comme par le passé,

En résumé, pour bénéficier du taux de 100 pour cent et de l'indemnisation correspondante, le tuberculeux doit, suivant le mot d'un des auteurs du décret « faire sa preuve ». Ce criterium, l'expert doit désormais le rechercher dans :

- 1° Des signes cliniques de lésions en activité;
- 2° Des examens bactériologiques positifs.

Que doit-on penser de l'obligation imposée au malade d'apporter ces témoignages de la nature tuberculeuse de leur affection ?

*
* *

Seuls sont admis au bénéfice de l'invalidité totale, les porteurs de lésions en activité. Cette condition répond sans doute à une double préoccupation : il fallait, d'une part, réserver les crédits alloués aux seuls malades mis dans l'impossibilité absolue d'assurer par leur travail leur existence et l'avenir de leur famille ; on a, d'autre part, voulu éviter de retomber dans les errements des premières années de la guerre, où, sous couleur de tuberculose, furent réformés quantité de militaires qui en étaient soit indemnes, soit guéris, pour lesquels en tous cas, on ne saurait légitimement invoquer la nécessité d'un repos absolu. Or, le nombre de ces réformes prononcées pour cause de tuberculose pulmonaire, en conséquence d'un diagnostic indûment posé, paraît avoir été considérable. Quand furent créés les centres de triage, dont le but était précisément de dépister, parmi tous les suspects, les vrais des faux tuberculeux, on fut étonné de l'énorme proportion des malades que les affections les plus variées y amenaient. Sergent et Delamare, exami-

nant cent malades entrant comme suspects de tuberculose à leur centre de triage de la Charité et du Vésinet, n'en trouvèrent que cinquante qui devaient être considérés comme des tuberculeux en évolution. Cette proportion de 50 % est confirmée par les examens de Léon Kindberg et Delherm, c'est également la conclusion à laquelle arrive Roubier à la suite de l'examen de ses mille derniers malades : les 545 faux tuberculeux qu'il a dépistés se répartissaient en :

1° Bronchite diffuse (307 cas), soit banale, soit séquelle d'intoxication par les gaz; bronchite chronique avec emphysème; bronchites à répétition, etc.;

2° Affections pulmonaires localisées (dilatation des bronches, syphilis pulmonaire, cancer du pöumon, abcès du pöumon), 17 cas.

3° Troubles généraux ou fonctionnels respiratoires, sans signes physiques pulmonaires : malingres au thorax étroit, asthéniques, cardiaques organiques ou fonctionnels, dyspeptiques avec retentissement sur l'état général.

Notons aussi la fréquence des affections des voies respiratoires supérieures, qui souvent ont pu en imposer pour de la tuberculose pulmonaire. Rist avait noté l'importance des troubles qui résultent de l'obstruction nasale, d'où découlent des symptômes fonctionnels et des signes physiques qui appellent un diagnostic de bacillose. Kindberg et Delherm, sur 1000 malades examinés, en trouvèrent 113 ressortissant du spécialiste de la gorge et du nez.

Ce qu'il faut retenir du résultat de ces statistiques, c'est la difficulté que l'on rencontre à faire le départ

entre les vrais tuberculeux et les suspects. Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire évolutive est des plus délicats. Non point évidemment quand il s'agit de phtisiques avérés chez lesquels la maladie, suffisamment avancée ou accentuée, se traduit par un ensemble de signes physiques, fonctionnels et généraux qui, joints à des examens bactériologiques positifs, imposent le diagnostic. Mais pour la catégorie des suspects, pour ceux qui ne présentent à l'examen de l'expert que des symptômes peu nombreux, peu nets, discutables, chez lesquels manque le criterium bactériologique, rien n'est plus malaisé que de distinguer dans ce lot les tuberculeux de ceux qui ne le sont pas. La tâche de l'expert est ici singulièrement difficile. Après avoir éliminé les faux tuberculeux qui se présentent à son examen, il doit mettre en œuvre tous les moyens d'investigation que la clinique et le laboratoire lui fournissent pour dépister les vrais évolutifs. Une observation attentive et prolongée, des examens bactériologiques répétés permettront le plus souvent d'éliminer les pseudo-tuberculoses dues à des parasites variés (actinomycose, spirochétose broncho-pulmonaire de Castellani, etc.), ou les affections diverses capables de simuler la bacillose évolutive; mais il sera généralement beaucoup plus difficile d'apprécier les caractères d'activité et d'évolution d'une tuberculose pulmonaire chronique.

Un homme, abondamment pourvu d'antécédents tuberculeux, ancien réformé ou auxiliaire récupéré, a fait une ou plusieurs hémoptysies qui ont nécessité son évacuation. Après traitement, il est présenté à la Commission de réforme. On note, à l'un des sommets quelques signes physiques peu marqués, de la submatité, de la diminution

du murmure, parfois quelques bruits surajoutés; à la radioscopie, ce sommet, voilé, s'éclaire mal pendant la toux; l'examen des crachats reste négatif; l'appétit est médiocre, l'asthénie persistante, la température atteint, le soir, 37°5 ou 38°. S'agit-il là d'une tuberculose évolutive ou la maladie, précocement soignée, a-t-elle pris fin avec l'accident qui l'a révélée ? Et comment indemniser un pareil malade ? Aux termes mêmes du décret du 17 octobre, le médecin expert n'est pas autorisé à conclure à une invalidité de 100 %, puisqu'il ne trouve pas, chez le malade, de signes certains de lésions en activité et que l'examen des crachats reste négatif. C'est pourtant maintenant que ce tuberculeux (que ce soit un évolutif au début de la maladie ou un convalescent à consolidation fragile) a besoin d'augmenter sa résistance et de fortifier son terrain; c'est à lui que la cure de repos et d'alimentation seront utiles. Lui accorder à ce moment une indemnité suffisante pour les poursuivre dans de bonnes conditions, c'est, pour la collectivité, réaliser un bon placement, car cet homme-là est socialement récupérable. Il ne le sera pas plus tard, lorsque des lésions trop graves pour être curables se seront manifestées par les signes de certitude qui lui donnent le droit de réclamer cette indemnité.

Sans doute, il n'en va pas ainsi dans la majorité des cas qui, après une observation prolongée, peuvent généralement être ramenés à la formule des cas non douteux. La clinique possède des armes suffisantes pour permettre au phthisiologue, à défaut de certitude absolue, de s'orienter vers un diagnostic de probabilité. Sergent et la plupart des auteurs ont noté, entre autres, l'importance des

signes généraux : l'apyrexie et l'absence de réaction thermique à la marche, la reprise du poids et des forces, la stabilisation d'un pouls trop rapide, et le relèvement de la tension; d'autre part, la fixité des signes physiques que des examens souvent et longtemps répétés fera constater; l'absence, à la radiographie, des lésions extensives; la recherche négative *en série* des bacilles de Koch dans les crachats, sont autant d'éléments qui font envisager la probabilité d'une lésion inactive, éteinte, momentanément du moins, sans pour cela, du reste, présager de l'avenir.

D'autres épreuves cliniques ont été proposées comme pouvant renseigner le médecin sur le caractère d'activité d'une tuberculose pulmonaire. Ces méthodes ont été systématiquement mises en œuvre au centre de triage de l'hôpital de Saint-Genis-Laval, que dirige M. le professeur Piéry. Les résultats ont été consignés dans un travail de A. Barraux, dont voici les conclusions :

1° L'intra-dermo-réaction pratiquée dans les cas de bacilloles abortives ou latentes nous a donné une majorité de réactions positives (60 %). Dans les cas de bacilloles dites évolutives, une majorité de réactions négatives (66 %). Elle est incapable à elle seule de renseigner sur l'état d'activité d'un foyer bacillaire;

2° L'uro-intra-dermo-réaction n'apporte pratiquement aucun élément permettant d'asseoir un diagnostic ferme sur l'évolution de la tuberculose;

3° L'albumino-réaction, qui peut être trouvée négative dans une expectoration bacillifère, souligne la présence de la poussée cliniquement appelée congestive. En ce sens, mais en ce sens seulement, l'albumino-réaction po-

sitive marque un certain degré d'activité des lésions bacillaires.

La variété des épreuves cliniques ou de laboratoire mises en œuvre, comme aussi l'inconstance des résultats, sont la meilleure des preuves de la difficulté qu'il peut y avoir à faire ce diagnostic d'activité des lésions sur lequel on demande à l'expert de baser son estimation. Ce n'est, dans les cas limites, qu'à la suite d'une observation prolongée qu'il arrivera à un diagnostic, non de certitude, mais de probabilité.

Or, d'une part, le décret du 17 octobre réclame des signes *certaines*; d'autre part, il a paru, à une époque où bon nombre des tuberculeux appelés à en bénéficier avaient depuis plus ou moins longtemps quitté l'armée; ayant échappé à la discipline militaire, ce n'est qu'avec les plus grandes peines qu'on leur fera entendre la nécessité d'une nouvelle hospitalisation et d'une mise en observation qui, pour être efficace, doit être prolongée. D'où des difficultés pratiques d'application venant compliquer une tâche déjà singulièrement difficile et délicate.

Aussi sommes-nous amenés à penser que, mis en présence d'un problème si ardu, l'expert devra baser son diagnostic non point sur tel ou tel signe, ni se limiter à la constatation des signes cliniques certains qu'on lui demande de rechercher. La certitude clinique n'existe point, dit Sergent; un diagnostic ne peut être qu'une approximation; tous nos efforts doivent tendre à rendre cette approximation aussi voisine que possible de la certitude. L'expertise doit être conduite avec science et conscience, et l'évaluation portée à 100 % toutes les fois qu'un travail quelconque étant jugé incompatible avec la

santé du réformé, l'expert estime que son invalidité est totale.

Mais pour donner à l'une et l'autre parties le maximum de garantie, à l'Etat comme au malade; pour que l'indemnisation du tuberculeux puisse s'appuyer sur un diagnostic aussi précis que possible, malgré sa difficulté, il importe que l'examen du pensionnable, dont le résultat va amener de si profondes modifications dans l'existence du malade et occasionner de si redoutables charges pour l'Etat, soit confié à des médecins spécialisés qu'une éducation particulière aura, plus que d'autres, familiarisés avec les difficultés de leur tâche.

*
* *

La tâche de l'expert est facilitée lorsqu'est remplie la seconde condition imposée, à savoir la présence du bacille de Koch dans les crachats. Encore que, pour certains auteurs, une expectoration bacillifère n'indique pas forcément une lésion évolutive, le fait ayant été observé chez des individus dont les signes physiques ne subissent depuis longtemps aucune modification, dont l'état général demeure satisfaisant et les lésions non extensives; bien que des lésions ulcéreuses ou caséuses, classées dans le groupe des tuberculoses évolutives, puissent arrêter leur extension d'une façon parfaite et devenir des formes torpides, il n'en reste pas moins que la présence de bacilles dans les crachats est le meilleur et le plus constant des stigmates d'une poussée évolutive.

Est-ce à dire que seules les tuberculoses ouvertes sont actives ? Entraînés par la réaction salutaire qui se poursuivait contre l'abus du diagnostic de tuberculose fermée,

sous lequel trop souvent se cachaiient des scléroses pulmonaires, témoins d'un processus éteint, ou de simples anomalies respiratoires, des phthisiologues éminents ont demandé au tuberculeux pulmonaire de « faire sa preuve », la seule preuve de la réalité et de l'activité de la lésion étant la présence du bacille dans l'expectoration.

Rist, dès 1916, attirait l'attention sur l'importance que devait prendre la recherche des bacilles. Considérant la tuberculose fermée comme une tuberculose guérie, il déclare que « toute tuberculose pulmonaire active est ouverte, et elle l'est pour ainsi dire dès le début... En règle générale, tout tuberculeux qui crache crache des bacilles. Dans l'immense majorité des cas, lorsqu'on les cherche avec soin, surtout en s'aidant des techniques d'homogénéisation, on les trouve... Or, c'est la constatation des bacilles qui seule permet d'affirmer la nature tuberculeuse d'une affection pulmonaire. Et réciproquement, toute affection pulmonaire où des examens répétés et compétents ne font pas constater de bacilles doit être, jusqu'à plus ample informé, tenue pour non tuberculeuse ». Ch. Richet fils confirme cette manière de voir. Pour lui aussi, dans la tuberculose en activité, quelque précoce que soit l'examen, on rencontre des bacilles. Mais il faut savoir les chercher et répéter les examens souvent et à intervalles éloignés.

De la statistique qu'il publie, il résulte que, chez les malades tuberculeux au début, si on se contente d'un seul examen bactériologique, même fait attentivement et longuement, on concluera, dans 44 %, soit près de la moitié des cas, à une expectoration non bacillifère, alors que des examens ultérieurs seront positifs; 5,5 % des cas ont don-

né un résultat positif au cinquième examen seulement. Kindberg et Delherm se rallient aux conclusions précédentes en affirmant que l'expectoration des tuberculeux est bacillifère dès le début, pourvu que l'examen soit fait dans des conditions sur lesquelles ils insistent à nouveau : recueil de l'expectoration qui suit le réveil, homogénéisation des crachats, expectoration provoquée par l'iodure de potassium ou le kermès, répétition des examens, etc.

C'est sans doute sous l'empire de ces idées que fut élaboré le décret du 17 octobre. Lui aussi demande au tuberculeux de faire sa preuve, en crachant des bacilles. Il semble qu'on doive regretter un pareil absolutisme, qui peut entraîner les commissions de réforme dans des erreurs préjudiciables aux malades.

Du point de vue médical seul, il faut bien reconnaître que les idées de Rist et de ses élèves n'ont pas été unanimement admises. Des spécialistes éminents se sont élevés contre la conception nouvelle. Sergent et Delamare, Dumarest, Ch. Mantoux refusèrent d'y souscrire. Ils indiquaient la possibilité de l'existence d'une tuberculose fermée; ils montraient les formes abortives, les formes fibreuses progressives, les tuberculoses à type cortico-pleural (Piéry), qui n'offrent qu'une expectoration muqueuse, catarrhale, constamment dépourvue de bacilles. Ch. Mantoux ayant choisi parmi ses malades un lot de tuberculeux fournissant eux-mêmes soit par des hémotysies, soit par d'autres localisations extra-pulmonaires, la preuve de la nature bacillaire de leur affection pulmonaire, et, pour les hémoptoïques au moins, de son caractère évolutif, ne put, dans un grand nombre de cas, mettre les bacilles en évidence dans les crachats. L'examen en était

fait cependant dans les conditions voulues et faisait l'objet d'une attention particulière. Sergent et Delamare comptent, sur 428 sujets suspects et ne crachant pas de bacilles, 216 tuberculeux évolutifs. Roubier, dans son centre de triage, a trouvé 30 % des suspects qui présentaient des symptômes cliniques et radioscopiques de tuberculose, mais ne crachaient pas de bacilles. Un certain nombre de ces malades présentaient des signes nets de lésions en activité avec des symptômes de ramollissement ou de cavernes. L'intensité des signes cliniques et radioscopiques, l'existence d'une fièvre à grandes oscillations, un amaigrissement marqué, l'altération prononcée de l'état général indiquaient suffisamment qu'il s'agissait d'un processus franchement évolutif. Et cependant l'examen des crachats, fait en série, resta toujours négatif.

Des faits de ce genre suffisent à battre en brèche la théorie dont s'est inspiré le décret d'octobre 1919. On ne peut pas admettre comme un dogme infailible le critérium bactériologique auquel il propose de se référer. On le peut d'autant moins qu'il y a plus de difficultés pratiques à mettre cette preuve en évidence. Rist, Richet, Kindberg et Delherm, tous les auteurs qui se sont occupés de la question, ont insisté sur la nécessité de faire des examens répétés et à de longs intervalles pour aboutir à des résultats positifs. Or, pratiquement, il n'en est pas ainsi et c'est souvent à la suite de l'examen d'une seule plaque que l'expert et la commission de réforme doivent se prononcer. Nous avons indiqué plus haut à quelles difficultés on se heurte quand il s'agit de soumettre le malade à une mise en observation qu'il n'accepte généralement pas. Dans ces conditions, l'épreuve bactériologique

né saurait apporter à l'expert qu'un élément de plus pour l'établissement de son diagnostic : il n'est pas la marque indispensable de la nature tuberculeuse des lésions. Il serait dangereux, sous prétexte de logique scientifique, dit Sergent, de refuser catégoriquement l'étiquette tuberculeuse à des lésions pulmonaires présentant tous les caractères physiques de la tuberculose, pour la raison que l'examen bactériologique des crachats n'aurait pas décelé la présence de bacilles de Koch. Il est des malades qui ne crachent pas de bacilles actuellement, mais qui en ont craché antérieurement, ou qui en cracheront ultérieurement. Il en est du diagnostic de la tuberculose pulmonaire comme de celui de toutes les maladies : le diagnostic ne peut et ne doit être que l'interprétation de l'ensemble des constatations fournies par les divers moyens et procédés d'exploration.

Ces mêmes considérations trouvent leur application en ce qui concerne l'indemnisation des autres localisations de la tuberculose. On peut, de plus, s'étonner de ne les voir donner lieu qu'à une majoration de pension, alors qu'au même titre que la tuberculose pulmonaire, justiciables du même traitement général et, dans certains cas, au moins temporairement, d'une immobilisation absolue, il paraîtrait logique de les faire bénéficier, comme elle, d'une invalidité totale. On comprend mal, par exemple, qu'une incapacité de 100 % soit automatiquement accordée au malade qui crache des bacilles, quand une simple majoration est prévue pour celui qui en présente dans ses urines. La nécessité du repos et du grand air, d'une bonne alimentation, d'une hygiène coûteuse, apparaît au même degré pour l'un et l'autre malades. Les mesures res-

trictives auxquelles le second est soumis, comme les preuves cliniques et bactériologiques que l'on demandait au premier, semblent indiquer que la tuberculophobie du début, à qui l'on doit tant de réformes injustifiées, a cédé la place à la phobie du faux tuberculeux, qui risque d'inspirer des décisions médico-militaires préjudiciables aux vrais malades, nuisibles aussi au but final que pouvait se proposer la réforme des tuberculeux, envisagée comme la phase initiale, le tremplin de la lutte antituberculeuse.

TROISIÈME PARTIE

L'Avenir des Tuberculeux de guerre

Le soldat d'hier, devenu tuberculeux, a été rendu à la vie civile. Réformé; indemnisé, quel sera désormais son sort ?

Il est de toute évidence que la rente de 2.400 francs qui lui est faite pour une invalidité de 100 % ne lui permet pas d'assurer son existence propre et celle de sa famille. Il est ainsi amené à chercher dans un travail rémunérateur le surplus des ressources qui lui sont nécessaires. Or deux cas se présentent : ou bien le tuberculeux réformé est incapable de tout travail; alors que va-t-il devenir ?

Ou bien il peut encore travailler. Comme le commun des réformés ou démobilisés, il va se répandre dans la société. Cette solution par trop simpliste n'a-t-elle pas de sérieux inconvénients ?

Ce double problème vaut d'être envisagé; de sa solution dépend l'avenir des tuberculeux de la guerre. Pour l'assurer, pour réserver aussi celui de la collectivité où ils se débattent, nous croyons qu'il importe :

1° De recueillir les invalides et d'amener les récupérables à consolidation;

2° De réglementer les conditions de travail des valides;

3° D'exercer sur tous une surveillance constante, des-

tinée à diminuer le danger de contagion qu'ils portent en eux;

4° De trouver dans la révision de notre Code du travail la possibilité d'organiser cette œuvre d'assistance et de défense sociale.

1° Assistance et traitement des invalides.

Tous les tuberculeux réformés ne sont pas, de par leur état physique, capables de reprendre le travail. Ces invalides de la tuberculose sont de trois ordres :

1° Les uns présentent une *invalidité totale et définitive*; ce sont les incurables, les grabataires, ceux que la mort guette et qu'elle prendra bientôt;

2° D'autres, momentanément immobilisés par une poussée aiguë, ne présentent qu'une *invalidité passagère*, et retrouvent, après traitement de leur accident, leur capacité antérieure de travail;

3° Mais il y a aussi ceux qui, réformés au début de leur tuberculose, pourraient espérer guérir sous l'influence d'une thérapeutique bien conduite. Leur *invalidité est partielle*, ou si l'on veut, *relative*.

Actuellement, l'assistance qu'on donne aux anciens militaires tuberculeux se bornant à l'octroi d'une pension, et cette pension étant insuffisante, les réformés des deux premières catégories en sont réduits, pour la plupart, à rentrer au logis familial, où ils vont apporter la misère et bientôt la contagion; pour quelques autres, à accepter un lit dans la salle commune de l'hôpital général.

Ceux de la dernière catégorie, tuberculeux cependant

curables, donnent dans un dernier effort, en essayant pour quelques mois encore d'apporter à la maison le secours de leur salaire, ce qui leur reste d'énergie et de chances de guérison.

Une situation si lamentable réservée à d'anciens combattants qui ont contracté au service de la Patrie leur mal implacable, est inique et grosse de dangers : il n'est que temps d'y porter remède.

Nous ne saurions trop répéter que la loi des pensions et le décret du 17 octobre ne peuvent suffire à régler le problème social, qu'a posé la réforme de tous nos tuberculeux de guerre. Il ne suffit pas de les avoir indemnisés. La Nation n'est pas quitte pour autant de la dette qu'elle a contractée envers eux. Il faut encore les recueillir et les soigner. L'article 64 de la loi du 31 mars 1919 confère aux bénéficiaires de cette loi le droit, leur vie durant, aux soins gratuits médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, et à l'hospitalisation gratuite si elle est reconnue nécessaire. Il faut donner à cet article la plus large interprétation. Le traitement du tuberculeux réformé qui n'a d'autres ressources que sa pension ne peut être efficacement réalisé à domicile, dans ce taudis surpeuplé et sans air où il vit, dans la misère où il se débat. Il ne saurait davantage être poursuivi à l'hôpital général, d'où les contagieux doivent être bannis et où manquent aussi les moyens de cure. La vérité est que, dans l'état actuel de l'organisation de l'Assistance publique, trop peu d'établissements se prêtent à l'hospitalisation nécessaire de nos tuberculeux réformés. Pour recueillir les incurables, pour guérir les curables, instituons cette organisation hospitalière antituberculeuse,

dont le monde de la phthisiologie réclame à grands cris la création.

1° Il nous faut des *sanatoria*. Tous nos tuberculeux réformés n'en sont pas justiciables. Mais ceux qui se trouvent à la période dite de début de leur maladie y trouveront ces éléments nécessaires de leur guérison : un air pur, une bonne alimentation et les soins intelligents de médecins spécialisés et dévoués. Presque tous retireront de leur passage une amélioration compatible avec la récupération partielle de leur capacité de travail. Ne nous arrêtons pas à ce reproche que l'on fait au sanatorium d'être une école de paresse où, dans l'oisiveté, se développe un état psychique spécial et naissent ces psychoses revendicatrices d'individus qui, ne voulant plus travailler, n'ont plus désormais comme unique but que de « vivre de leur tuberculose », comme dit Mouisset. Ne retenons pas davantage les difficultés financières qu'entraînerait le développement des nombreux établissements nécessaires. Nous verrons plus loin que les ressources que peut procurer l'institution de l'assurance obligatoire doivent permettre de les surmonter. Les statistiques montrant les heureux résultats des cures sanatoriales sont plus fortes que tous ces arguments. Développons donc les sanatoria (1), et pour en assurer le recrutement,

(1) Les pouvoirs publics sont entrés dans cette voie par le vote et l'application de la loi Honorat du 7 septembre 1919 sur l'institution des Sanatoriums destinés au traitement de la tuberculose pulmonaire. Notons en passant que la tuberculose pulmonaire n'est pas la seule qui demande à être traitée et qu'il faudra prévoir des établissements de même ordre pour le traitement des tuberculoses chirurgicales. Au cours des hostilités, l'administration de la Guerre avait pris des initiatives dans ce sens en créant des services spéciaux consacrés au traitement des tuberculoses ostéo-ganglionnaires. (Circ. n° 7.109 3/7 du 20 Mai 1916 n° 14.160 $\frac{3}{7}$ du 9 juin 1917, n° 19.602 $\frac{3}{7}$ du 11 Août 1917). On comptait au 20 Octobre 1917, 2.894 lits organisés dans 19 hôpitaux spécialement affectés au traitement de la tuberculose chirurgicale,

instituer l'assistance à la famille pendant les séjours du malade à la maison de cure.

2° Il nous faut aussi des *hôpitaux-sanatoria* pour tous ceux des tuberculeux réformés qui ne sont pas justiciables du sanatorium. Tous peuvent et doivent bénéficier de la cure de grand air et de repos qu'ils y trouveront. Ce sont ces établissements qui recevront les incurables, les invalides définitifs et aussi les malades en poussées, les aigus, etc.

3° Enfin, des *quartiers spécialisés* dans nos hôpitaux généraux recevront ceux de nos réformés qui auraient besoin de secours urgents ou ne pourraient, pour une raison quelconque, recevoir dans l'un de ces établissements ci-dessus (hôpital-sanatorium, sanatorium), les soins que réclame son état.

Ainsi comprise, l'hospitalisation des tuberculeux réformés sera féconde en résultats : elle réalisera l'isolement de malades contagieux, recueillera des invalides, rendra à la société des curables qui, abandonnés à eux-mêmes, ne peuvent efficacement lutter contre la progression de leur maladie. Elle assurera à tous les tuberculeux de la guerre plus de justice en même temps que plus de foi dans un avenir meilleur.

2° Le travail des tuberculeux de la guerre.

Les invalides, momentanés ou définitifs, mis à part, il reste la foule des autres réformés pour tuberculose qui, eux, peuvent encore travailler. S'ils travaillent avec des gens bien portants, ils seront obligés de travailler autant que des gens bien portants ; et de ce fait, ils aggraveront

rapidement leur état. D'autre part, laisser ces contagieux évoluer au milieu d'individus sains, c'est exposer les derniers à la contagion. Pour parer à cette contagion possible, pour perdre tout contact avec eux, on ne saurait cependant songer à rétablir, pour les y enfermer, ces léproseries des temps passés, heureusement devenues impossibles dans nos pays et à notre époque de liberté. D'où apparaît la nécessité de canaliser cette main-d'œuvre de telle façon que soient préservés les intérêts de chacun. C'est à quoi répondrait l'institution des sanatoria-ateliers et des colonies agricoles.

Les *sanatoria-ateliers*, préconisés par M. le professeur Etienne Martin, doivent se proposer comme but :

- 1° D'isoler les ouvriers contagieux des ouvriers sains;
- 2° De fournir à ces réformés pour tuberculose, de consolidation toujours fragile, un travail plus facile et suffisamment rémunérateur.

Dépendance d'un groupement industriel, mais aménagé dans des conditions d'aération et d'hygiène telles que le malade peut, tout en travaillant, continuer à bénéficier des effets bienfaisants de la cure sanatoriale, le sanatorium-atelier est alimenté par les tuberculeux contagieux que les grandes administrations, les autres entreprises industrielles ne peuvent admettre, en raison du danger qu'ils représentent, au milieu de leur personnel ouvrier. Le travail à eux confié est approprié à leur état physique. Les gros travaux de force, les émanations nocives, le travail de nuit, les occasions de réinfection que procureraient certains métiers plus spécialement tuberculisants (blanchisseurs, boulangers, chiffonniers, etc.), leur seront évités. L'apprentissage que beaucoup devront

faire de leurs nouvelles occupations, la spécialisation que quelques-uns pourront acquérir seront assurés par les soins de l'Etat, puisque « ne pouvant plus exercer leur métier habituel, ils auront droit à son aide, en vue de la rééducation professionnelle » (art. 76). Leurs salaires, en rapport avec leur capacité de travail et les services qu'ils rendent seront inférieurs sans doute à ceux que, valides et travaillant à plein rendement, ils eussent rapportés de l'usine. Mais la pension qu'ils reçoivent du fait de leur infirmité n'a-t-elle pas précisément pour but de parer à ce déficit ?

Mieux encore conviendraient aux tuberculeux réformés les *colonies agricoles*. Après l'expérience de la guerre, après Campagne-les-Bains, l'Office National des Mutiles de guerre est entré dans cette voie. Il a créé des écoles susceptibles de les recevoir : école d'agriculture de Taxil (Var), et après fermeture de cet établissement, école de Passy (Yonne). Mais il ne faut point se leurrer d'illusions et espérer voir retourner à la terre tous ceux qui seraient appelés à bénéficier de son travail. Il sera souvent difficile de recruter pour ces colonies la clientèle qu'elles attendent.

Quoi qu'il en soit, le sanatorium-atelier, comme la colonie agricole, en fournissant au tuberculeux la possibilité d'un travail salubre et rémunérateur, doivent devenir des facteurs de récupération du capital humain que la guerre nous a fait perdre, et apporter à la situation sociale du réformé pour tuberculose une nouvelle amélioration.

3^e Les rapports des Tuberculeux réformés avec les dispensaires.

Il ne suffit pas de créer pour les tuberculeux réformés des instruments de cure et des conditions particulières de travail. Partout, à tout instant, ils ont besoin d'être assistés, conseillés, surveillés. C'est là le rôle du dispensaire. Il ne peut utilement s'exercer qu'autant que tous les malades seront connus de lui; d'où la nécessité de *l'inscription obligatoire* des tuberculeux réformés sur ses listes.

A leur égard, le dispensaire jouera le rôle :

a) *D'un centre de triage* : véritable gare régulatrice (Mouisset), il dirigera sur le sanatorium, l'hôpital de tuberculeux, l'hôpital général, suivant les formes et le degré de la maladie, les tuberculeux dont la santé réclame un passage dans les établissements de cure.

b) *D'un agent d'assistance* : connaissant bien la situation médicale et sociale de chaque malade, il est seul capable de proportionner les secours aux besoins. Le dispensaire a reçu une consécration officielle (Loi Bourgeois du 15 avril 1916) qui lui permet d'être, entre l'Etat débiteur et le réformé créancier, l'intermédiaire indispensable. Cette assistance peut se manifester sous forme de médicaments gratuits (art. 64) et, par une large interprétation de cet article, d'allocations alimentaires (bons de viande, de pain, etc.); c'est lui qui réclamera pour ses ressortissants alités, mis dans l'impossibilité de travailler, le supplément de pension prévu par l'article 10 pour les réformés dont l'infirmité nécessite l'assistance d'une tierce personne; lui encore qui décidera de l'assistance à

donner à la famille pendant le séjour du tuberculeux à l'hôpital ou au sanatorium.

c) *D'un agent de contrôle* : Le dispensaire doit pouvoir, à tout instant, contrôler l'emploi que le tuberculeux pensionné fait de sa pension. Il n'est ni juste ni raisonnable de continuer à servir une pension à un individu qui, non seulement ne fait rien pour guérir, ce qui, en somme, ne regarde que lui, mais qui demeure encore, par sa faute, les excès qu'il commet, l'inobservation des règles d'hygiène qu'on lui a apprises, un dangereux foyer de contagion. Le tuberculeux n'a pas que des droits, il a aussi des devoirs; et le premier, c'est de se soigner. L'indemnité qui lui est allouée l'est en considération de la nécessité où il se trouve « d'assurer le traitement de sa maladie par les soins indispensables ». S'il y manque, il rompt le contrat qui le faisait créancier de la société et ne saurait exiger d'elle des sacrifices qu'elle ferait en pure perte.

4° L'Assurance obligatoire - La Tuberculose maladie professionnelle.

L'assistance à donner aux anciens militaires tuberculeux est dominée par la question bulgétaire. Il faudra beaucoup d'argent pour construire et entretenir les établissements de cure, recueillir et soigner les invalides, distribuer les secours, subventionner les dispensaires. Les initiatives privées ne sauraient y suffire; l'Etat, d'autre part ne peut, à lui seul, assurer cette charge. Il paraît dès lors indispensable d'obtenir la participation obligatoire du malade lui-même, tant qu'il est encore va-

lide, à la constitution du fonds de secours dont il réclamera l'assistance en cas d'invalidité. Remarquons en passant, que la question dépasse les cadres de l'assistance aux tuberculeux de guerre. L'Assurance obligatoire ne doit pas se limiter à ces malades; elle doit s'appliquer à tous les ouvriers, dans tous les métiers. Dans nos sociétés modernes, où nous sommes tous solidaires, tous doivent concourir au soulagement des misères sociales qui frappent quelques-uns de leurs membres. La Mutualité, qui, seule en France jusqu'à maintenant, a organisé l'assurance-maladie, est insuffisante dans sa forme actuelle. Seule une assurance généralisée et obligatoire peut réunir les capitaux immenses nécessaires à l'institution, dans les milieux ouvriers, des moyens d'assistance aux tuberculeux de la guerre ou de l'après-guerre.

Les pays voisins ont bien compris toutes les ressources qu'on pouvait en tirer qui, dès 1883, pour l'Allemagne, en 1911 pour l'Angleterre, organisaient l'Assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

En Allemagne, 15 millions de travailleurs sont assurés par 25.000 caisses d'assurance contre la maladie et 40 contre l'invalidité. Les premières font soigner le malade et lui paient un demi-salaire pendant les six premiers mois. A l'expiration de ce délai, c'est la Caisse d'assurance contre l'invalidité qui le prend en charge. Ces caisses devant lui servir une rente s'il ne récupère pas sa capacité de travail ont été amenées à éviter les invalidités coûteuses en faisant donner à leurs malades un traitement approprié. Le résultat est que de 1883 à 1910, soit en 27 ans, la mortalité tuberculeuse a baissé de 52 % en Allemagne (J. Courmont), alors qu'elle ne baissait à Paris que de 14 %.

Plus tardivement, en 1911, l'Angleterre instituait un régime analogue. En 1912, le nombre des assurés était déjà de 14 millions payant chacun 1 sh. 3 d., soit 1 fr. 55 par an. L'Etat ajoute pour chaque assuré une somme supplémentaire de 0 fr. 10 centimes et affecte en outre annuellement un crédit général destiné à subventionner l'ensemble des institutions antituberculeuses.

En France, nous n'avons rien de semblable. Divers projets ont été présentés dans ce sens, dont un de M. Chéron, ministre du Travail, en 1913, qui confiait au système de la mutualisation l'organisation de l'assurance-invalidité. C'est également le système de l'assurance mutuelle et de la réassurance des diverses mutualités à une grande mutualité antituberculeuse que van Laethem et Heger-Gilbert préconisent comme le plus apte à réussir en Belgique.

L'assurance doit être obligatoire et généralisée : le risque variant dans des proportions considérables suivant les métiers, il importe de le répartir de façon aussi large que possible. Mais elle ne saurait lier exclusivement l'ouvrier; l'employeur doit en partager la charge. C'est qu'en effet la notion du risque professionnel, tel qu'il a été reconnu par la loi de 1898 sur les accidents du travail, nous paraît devoir être étendue à la tuberculose. La loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles n'en fait pas mention. Il paraît cependant désirable de la voir considérée comme telle.

Nous n'avons pas seulement en vue les industries plus spécialement tuberculisantes; les statistiques ont montré qu'il était des métiers dont les ouvriers sont à peu près fatalement voués à mourir tuberculeux. Rappelons-

nous l'effrayante mortalité tuberculeuse des chiffonniers, blanchisseurs, avec leurs 75 % de décès dus à la bacillose; des boulangers, avec 70 %; des infirmiers et infirmières d'hôpitaux, 80 %; de tous les métiers à air confiné : imprimeurs, petits commerçants, couturières ?

Mais il ne faut pas limiter à ces professions le risque tuberculeux. La tuberculose, a-t-on dit, résulte de la rencontre d'un terrain et d'un germe. Si nous demandons son assimilation aux maladies professionnelles, c'est que, dans l'état actuel de notre législation du travail, qui n'a pas assez fait pour assurer la protection de l'ouvrier, c'est à l'usine et au bureau que se préparent les terrains et que s'ensemencent les germes. Les conditions hygiéniques dans lesquelles travaillent les ouvriers de la plupart des industries sont manifestement insuffisantes. C'est la mauvaise aération et le mauvais éclairage des ateliers étroits et surpeuplés, l'absence d'exercice et l'absorption de poussières irritantes, de gaz toxiques, le surmenage, le travail de nuit qui préparent le terrain. Ce sont les ouvriers tuberculeux, et notamment depuis la guerre, tous les militaires réformés pour bacillose, qui, en crachant leurs bacilles, se font les pourvoyeurs de germes.

L'obligation pour le patron d'assurer ses ouvriers contre le risque tuberculose, ou, sous une forme quelconque, de supporter une part de responsabilité dans l'éclosion de la maladie, entraînerait de sa part une plus stricte observation des mesures d'hygiène propres à en diminuer les risques onéreux. Dans cette voie, la Suisse est entrée depuis longtemps déjà : une loi de mars 1877 indemnise les maladies professionnelles en laissant au patron le soin de faire la preuve que leur origine ne sau-

rait lui être imputée. Ainsi rendu responsable des maladies écloses dans ses ateliers, l'employeur serait amené à faire la police de son usine. Plus particulièrement en ce qui concerne la tuberculose qui nous occupe, on ne saurait trop répéter qu'il est de toute urgence que des dispositions légales assurent une protection plus sérieuse à l'ouvrier par l'application de mesures d'hygiène qui fortifieront le terrain et l'isolement des porteurs de germes.

CONCLUSIONS

I. La loi des pensions et le décret du 17 octobre 1919 qui l'a modifiée, ont fait œuvre de justice en autorisant l'indemnisation des tuberculeux de la guerre.

II. L'évaluation de leur incapacité se fait sur ces bases d'après des données scientifiquement discutables qui conduisent à des erreurs également préjudiciables aux intérêts de l'Etat et à ceux des malades.

III. L'indemnité accordée ne suffisant pas à assurer leur existence et celle de leur famille, les tuberculeux réformés sont amenés à chercher dans leur travail une augmentation de leurs ressources.

IV. Mais il serait indispensable de ne pas les laisser se répandre dans la société comme le commun des réformés,

1° Parce que certains sont des malades contagieux;

2° Parce qu'ils ne peuvent, sans dommage pour leur santé, subir les mêmes conditions de travail que des ouvriers valides.

V. C'est pourquoi la société se doit d'acquitter la dette contractée envers eux et de se préserver en même temps contre le danger qu'ils représentent par la création d'établissements de cure, destinés à recevoir les invalides, et, pour les valides, d'institutions spéciales où, sans danger pour les autres et pour eux, ils essaieront de se refaire une existence.

VI. En face de ces divers problèmes, nous pensons que la loi des pensions, comme le décret du 17 octobre, sont insuffisants à apporter à la question de la situation sociale des tuberculeux réformés la solution désirable. Des dispositions législatives nouvelles seraient utiles pour assurer leur avenir et préserver celui de la société.

Vu :

LE DOYEN.

l'Assesseur,

JEAN LÉPINE

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

ETIENNE MARTIN

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 décembre 1920

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université

ALBERT WADDINGTON

BIBLIOGRAPHIE

- BARRAUX (A.). — Le diagnostic du caractère évolutif de la tuberculose pulmonaire. Thèse Lyon 1920.
- BAUDOT (P.). — Les dispensaires antituberculeux à Lyon en 1919. Thèse Lyon 1920.
- BERNARD (L.). — L'assistance aux anciens militaires tuberculeux. *Paris-Médical*, 7 avril 1917.
- L'œuvre des Comités départementaux d'assistance aux anciens militaires tuberculeux. *Paris-Médical*, 5 janvier 1918, et *Presse Médicale*, 28 mars 1918.
- L'action antituberculeuse pendant et après la guerre. *Journal médical français*, t. VII, n° 4, déc. 1918.
- Etat actuel de la législation antituberculeuse en France. *Presse Médicale*, 20 janvier 1920.
- BERNARD (L.) et BRISAC. — Les établissements antituberculeux d'après guerre. *Revue Scientifique*, 2 mars 1918.
- BOURGEOIS (L.). — La guerre et la lutte antituberculeuse. *Revue Scientifique*. Paris 1915, I, p. 241.
- BRUNON (R.). — Le sanatorium. *Presse Médicale*, 28 janvier 1920.
- BRUNS (E.-H.). — Reconstruction and rehabilitation of the tuberculous soldier. *The Journal of the American Medical Association*, 3 août 1918.
- BUSHNELL (G.). — The Army in relation to the tuberculosis problem. *The Journal of the American Medical Association*, 15 juin 1918.

- CANTONNET. — Le travail des tuberculeux. *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, avril 1917, p. 480.
- CHANUT. — La déclaration obligatoire de la tuberculose. Thèse Lyon 1919.
- COURMONT (J.), LESIEUR (CH.), ROCHAIX (A.). — Précis d'Hygiène. Masson et C^{ie}, 1914.
- DUMAREST. — La réforme des tuberculeux. *Bulletin Médical*, 6 avril 1918.
- Le diagnostic bactériologique de la tuberculose pulmonaire. *Presse Médicale*, 6 juin 1918.
- HEGER-GILBERT et A. VON LAETHEM. — La tuberculose envisagée comme risque professionnel. La mutualité antituberculeuse. *Le Flambeau*, n° 5, mai 1919, Bruxelles.
- HONNORAT. — Rapport n° 1863 sur la proposition de loi tendant à instituer des dispensaires de préservation antituberculeuse. Documents parlementaires. *Journal officiel*, février 1916.
- Rapport n° 3653 sur la proposition de loi tendant à instituer des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose pulmonaire. Documents parlementaires, *Journal officiel*, juillet 1917.
- KINDBERG (L.) et DELHERM. — Triage des tuberculeux aux armées. *Presse Médicale*, 15 novembre 1917.
- LABBÉ (H.). — L'assistance et l'éducation des tuberculeux de la guerre dans les stations sanitaires du Ministère de l'Intérieur *Paris-Médical*, 1916, n° 18.
- LANDOUZY. — La guerre et la réforme du soldat tuberculeux. *Revue d'Hygiène*, n° 37, 1915.
- La guerre et l'assistance aux blessés de la tuberculose. *Revue scientifique*, Livre I, 1916.
- La guerre et la tuberculose, 1914-1915. *Paris-Médical*, 15 janvier 1916.

- LANZENBERG. — Des tuberculeux et de leur situation militaire. *Paris-Médical*, n° 39. 1916.
- LEREBoullet. — Pour les blessés de la tuberculose. *Paris-Médical*, 15 janvier 1916.
- MANTOUX (CH.). — Tuberculose pulmonaire ouverte et tuberculose fermée. *Presse Médicale*, 11 novembre 1918.
- MASSE. — Rapport n° 2383 sur la proposition de loi tendant à modifier la législation des pensions des armées de terre et de mer. *Journal Officiel*. Documents parlementaires, juillet 1916.
- MARTIN (Etienne). — Précis de Déontologie. Masson et C^{ie}, 1914.
- MÉNARD (P.-J.). — L'assurance obligatoire contre la tuberculose, base de la lutte antituberculeuse. *Presse Médicale*, 25 novembre 1918.
- MOREL. — La tuberculose dans les milieux ouvriers doit-elle être considérée comme une maladie professionnelle. Thèse Lyon 1920.
- MOUISSET. — Prophylaxie de la tuberculose et assistance des tuberculeux. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 juin 1920.
- POURTAU (A.). — La cure de travail en phthisiothérapie et la rééducation agricole des tuberculeux. Thèse Lyon 1920.
- Projet de loi gouvernemental (exposé des motifs) sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, n° 5555, janvier 1919.
- RENON. — Maladies populaires, Masson et C^{ie}, 1907.
- Report of the inter-départemental comittee on tuberculosis (published by H.-M. Stationery Office, London 1919).
- RICHEL (CH.) fils. — La tuberculose pulmonaire évolutive, dite fermée, existe-t-elle ? *Presse Médicale*, 7 avril 1917.
- RIST. — Les principes du diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire. *Presse Médicale*, 13 juillet 1916.

ROUBIER. — Quelques considérations sur la comparaison des résultats des examens cliniques, radioscopiques et bactériologiques des crachats chez les militaires suspects de tuberculose. *Progrès Médical*, 14 juin 1919.

ROUX (P.-M.). — Une école de réadaptation au travail pour tuberculeux. *Presse Médicale*, 22 octobre 1919.

— La rééducation des tuberculeux. Communication à la Société de Médecine de Montpellier, 15 février 1919.

SERGENT (E.). — Les suspects de tuberculose. *Paris-Médical*, 7 avril 1917.

— Les étapes du diagnostic pratique de la tuberculose pulmonaire. *Monde Médical*, novembre 1917.

— A propos du triage des tuberculeux aux armées. *Presse Médicale*, 3 janvier 1918.

— Sur la difficulté d'apprécier si une tuberculose pulmonaire est en évolution active ou non. *Journal Médical français*, t. VII, n° 4, décembre 1918.

SERGENT et DELAMARE. — Les enseignements cliniques d'un centre de triage des militaires suspects de tuberculose. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 25 novembre 1916.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	7
I.- La situation sociale des Réformés tuberculeux.....	9
II.- La pension des Tuberculeux.....	20
1° <i>La loi des pensions</i>	21
2° <i>Le décret du 17 Octobre 1919</i>	31
III.- L'Avenir des tuberculeux de guerre.....	46
1° <i>Assistance et traitement des invalides</i>	47
2° <i>Le travail des tuberculeux de la guerre</i>	50
3° <i>Les rapports des tuberculeux réformés avec les dispensaires</i>	53
4° <i>L'Assurance obligatoire - La Tuberculose maladie professionnelle</i>	54
Conclusions.....	59
Bibliographie.....	60



